

RICHIESTA EMODERIVATI MAGGIORI

(per richieste di Albumina utilizzare apposito modulo)

Data.....

RICHIEDENTE: Dott.....
Reparto/Servizio di.....
Sede.....

Si richiedono per il/la paziente

Nato/a il

affetto/a da (indicare patologia di base)

i seguenti emoderivati (barrare la voce interessata e il dosaggio, se presente):

Quantità
richiesta

- | | | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antitrombina III Umana | (Kybernin P) | <input type="checkbox"/> 500 | <input type="checkbox"/> 1000 | |
| <input type="checkbox"/> Fibrinogeno Umano | (Fibrinogeno TIM3 Um Immuno flac. 1gr) | | | |
| <input type="checkbox"/> (*) Fattore VII coagulazione Umano | (Provertin Um TIM3) | <input type="checkbox"/> 200 | <input type="checkbox"/> 500 U.I. | |
| <input type="checkbox"/> Fattore VIII coagulazione/VWf Umano | (Emoclot D.I. 1000 U.I.) | | | |
| <input type="checkbox"/> (*) Fattore VIII coagulazione DNA ricombinante | (Recombinante TM) | <input type="checkbox"/> 250 | <input type="checkbox"/> 500 | <input type="checkbox"/> 1000 U.I. |
| <input type="checkbox"/> Fattore IX coagulazione Umano | (AimaFIX D.I. 500 U.I.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Fattore IX coagulazione DNA ricombinante | (BeneFIX 1000 U.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Complesso Protrombinico Umano | (Protromplex TIM3 500 U.I.) | | | |
| <input type="checkbox"/> C1 Inattivatore Umano | (C1 Inatt. Um. fl ev) | <input type="checkbox"/> 500 | <input type="checkbox"/> 1000 U.I. | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |

(*): disponibile solo su specifica richiesta preventiva

INDICAZIONE TERAPEUTICA:

DURATA DELLA TERAPIA:

PARAMETRI DI LABORATORIO:

IL MEDICO RICHIEDENTE

(SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO TRASFUSIONALE)

Autorizzazione del Servizio Trasfusionale SI NO

Motivazione.....

Timbro e Firma